



N° 1649-79-IAO-SAEE-2023

30 de noviembre de 2023

Doctor  
Franz Vega Zúñiga  
Jefe  
Departamento de Medicina Legal

Estimado señor:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley General de Control Interno, se remite el informe final referente al estudio "*Estudio operativo en la Unidad de Patología Forense de San Carlos del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial*", efectuado por la Sección Auditoría de Estudios Especiales, del Despacho a mi cargo.

El objetivo fue evaluar si la capacidad operativa de la Unidad Regional de Medicatura Forense de San Carlos, permite que los procesos más relevantes a su cargo se realicen con eficiencia y eficacia razonables.

En cumplimiento de lo instituido en numeral 2.10 de las Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público y 205 de las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, así como en artículo 51 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna del Poder Judicial, los resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio fueron presentados, en lo pertinente, a su dependencia encargada de la implementación de las acciones de mejora, precisándose plazos para su cumplimiento.

Además, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Control Interno, esta Auditoría efectuará oportunamente un seguimiento, para asegurarse de que las acciones establecidas se hayan implementado eficazmente y dentro de los plazos definidos.

Finalmente, en caso de facilitar este documento a partes externas del Poder Judicial, se deberá prever lo establecido en la Ley N° 8968 "Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales".

Atentamente,

Carlos Luis García Aparicio  
Subdirector General ai  
Auditoría Interna del Poder Judicial



**AUDITORÍA JUDICIAL**

Teléfono: 2295-3238

Fax: 2257-0585

E-mail: [auditoria@poder-judicial.go.cr](mailto:auditoria@poder-judicial.go.cr)

Apartado: 79-1003 SAN JOSE

---

c: Consejo Superior

Oficina de Planes y Operaciones del Organismo de Investigación Judicial

Unidad de Patología Forense de San Carlos

Archivo. – SAEE-03-2023



**A  
U  
D  
I  
T  
O  
R  
I  
A  
  
J  
U  
D  
I  
C  
I  
A  
L**

**Informe de auditoría  
para el mejoramiento del sistema de control interno  
de la Unidad de Patología Forense de San Carlos  
Departamento de Medicina Legal del Organismo de  
Investigación Judicial.**

**Sección Auditoría Estudios Especiales**

**Noviembre, 2023**



## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	.....
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	.....
1.1 Trámite de los informes de auditoría según la Ley General de Control Interno.....	.....
1.2 Origen del estudio.....	.....
1.3 Objetivo general.....	.....
1.4 Alcance y naturaleza.....	.....
1.5 Equipo de trabajo.....	.....
1.6 Normativa técnica aplicada.....	.....
1.7 Limitaciones.....	.....
1.8 Difusión de los resultados.....	.....
<b>2. RESULTADOS.....</b>	.....
2.1 Necesidad de mejorar los sistemas de control interno para la medición de la eficiencia y eficacia de la Unidad.....	.....
2.2 Conveniencia de contar con sistemas de información adecuados para la elaboración de datos estadísticos.....	.....
2.3 Aspectos subsanados durante la ejecución de la auditoría.....	.....
<b>3. CONCLUSIONES.....</b>	.....
<b>4. RECOMENDACIONES.....</b>	.....
<b>5. ANEXOS.....</b>	.....



## RESUMEN EJECUTIVO

El presente servicio de auditoría de tipo operativo tuvo como objetivo evaluar si la capacidad operativa de la Unidad Regional de Medicatura Forense de San Carlos permite que los procesos más relevantes a su cargo se realicen con eficiencia y eficacia razonables para el período comprendido entre enero 2021 al 19 de mayo 2023, con fecha de corte al 29 de noviembre del presente año.

La Unidad Regional de Patología Forense de San Carlos se encarga de investigar la causa y manera de muerte de personas de interés judicial y de responder en forma científica las interrogantes al respecto, cuyo fin es brindar un servicio más oportuno a la población de la zona de cobertura, así como a las autoridades judiciales a cargo de los procesos. Por tanto, en virtud de su importante labor, se incorporó en el Plan Anual de Trabajo para el ejercicio del 2023.

Una vez concluido el estudio, se encontró lo siguiente:

- Se evidenció eficacia por cuanto las “autopsias” se hacen oportunamente y se entrega de forma inmediata los cuerpos a sus familiares.
- La capacidad operativa sobrepasa su volumen de trabajo, logrando incluso brindar colaboraciones al OIJ de la zona en los lapsos en los cuales no se hacen disecciones.
- El tiempo de respuesta para la emisión del “dictamen médico legal definitivo” se incrementó de un año a otro, no obstante, en comparación al parámetro de 90 días, en términos generales, según la muestra examinada reflejó un resultado satisfactorio.
- Se carece de un control formalizado para dar seguimiento a las solicitudes de pericias y/o interconsultas pendientes, que les proporcione insumos para demostrar las causas justificadas cuando se produzcan rezagos.
- Existe la práctica de concluir expedientes mediante informe con “causa de muerte por determinar” al estar a la espera de documentos o pericias externas al Departamento para emitir el “dictamen médico legal definitivo”, con implicaciones en las estadísticas al cerrar casos que en realidad no están terminados.
- No se dispone de un control integrado para medir la dedicación del recurso técnico a las acciones sustantivas y de colaboración a otras oficinas, para una adecuada rendición de cuentas que demuestre el mejor aprovechamiento del recurso.
- No existe una herramienta automatizada para generar reportes sobre la trazabilidad de la gestión para la emisión de las estadísticas e indicadores, lo cual vuelve compleja la labor de obtener información de calidad, confiable, libre de inconsistencias para la toma de decisiones sobre el avance de la oficina en tiempos de trámite, el estado de los asuntos, cargas de trabajo y rendimiento para identificar oportunidades de mejora.

Como resultado de las debilidades encontradas, se emitieron recomendaciones para el mejoramiento del sistema de control interno, sobre la identificación de cada una de las etapas del proceso, desde el ingreso del cuerpo hasta la emisión del dictamen médico legal, revisión de indicadores, formalización del control para el seguimiento de las pericias e interconsultas pendientes, así como la implementación de registros de las labores sustantivas, colaboraciones y otras actividades administrativas del personal técnico y supervisar su aplicación.

Adicionalmente, se recomendó definir los requerimientos sobre estadísticas, indicadores, trazabilidad y los cambios de estado, para su desarrollo en el SUPERCOP y analizar la práctica de cerrar el expediente principal cuando se está en espera de una pericia y/o interconsulta para emitir el “dictamen médico legal definitivo”.



## Evaluación Operativa en la Unidad de Patología Forense de San Carlos

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1 Trámite de los informes de auditoría según la Ley General de Control Interno

El artículo 36 de la Ley General de Control Interno, establece el tratamiento que los titulares subordinados encargados de las áreas evaluadas, deben dar a los informes que emite la Auditoría Interna, el cual incluye, la orden de implementación de las recomendaciones vertidas o el planteamiento de discrepancia ante el Jerarca, en el plazo de diez días hábiles a partir de la fecha de recibido el documento.

A su vez, el artículo 39 de la citada Ley advierte de la responsabilidad administrativa o civil que puede acarrear sobre los responsables, la inobservancia de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna.

#### 1.2 Origen del estudio

El presente estudio tiene su origen en lo contemplado en el Plan Anual de Trabajo de la Auditoría del año 2023, conocido por Corte Plena en sesión N° 60-2022 celebrada el 28 de noviembre de 2022, artículo IV, comunicado al Jerarca mediante oficio N° 1473-421-SASGA-2022 de fecha 14 de noviembre de 2022.

#### 1.3 Objetivo general

Evaluar si la capacidad operativa de la Unidad Regional de Medicatura Forense de San Carlos del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial permite que los procesos más relevantes a su cargo se realicen con eficiencia y eficacia razonables.

#### 1.4 Alcance y naturaleza

La auditoría es de tipo operativa, en el que se evaluó la efectividad de la Unidad Regional de Medicatura Forense de San Carlos en el proceso de ejecución de autopsias, desde el ingreso del cuerpo hasta su entrega y elaboración del dictamen médico legal y posterior envío a la autoridad judicial y partes interesadas.

Se examinó lo concerniente a los registros estadísticos utilizados en esa oficina para determinar el cumplimiento de algunas métricas, así como las causas que incidieron en el rendimiento de esa oficina. Adicionalmente, se evaluó el control interno implementado por el Departamento de Medicina Legal, en relación con la utilización eficiente de los recursos del Poder Judicial.

Asimismo, se revisaron los sistemas de información implementados en esta Unidad, tanto físicos como automatizados, incluyendo la actualización del Sistema Automatizado de Patología Forense.

El período de evaluación corresponde desde el año 2021 hasta el 19 de mayo del 2023 con una fecha de corte al 29 de noviembre del 2023.



## 1.5 Equipo de trabajo

El estudio fue desarrollado por Guiselle Loría Aguilar, quien contó con la colaboración de Dyaláh Linkimer Valverde en la visita al sitio según procedimiento relacionado con la exploración de expedientes, bajo la supervisión de Xinia Vega Guzmán, jefatura de la Sección Auditoría de Estudios Especiales, Carlos Luis García Aparicio, subdirector general a.i. y Roy Díaz Chavarría, director general, a.i.

## 1.6 Normativa técnica aplicada

Para la ejecución de este trabajo se observaron las Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público y las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, ambas promulgadas por la Contraloría General de la República.

## 1.7 Limitaciones

Durante el desarrollo de la auditoría se imposibilitó conocer los estados reales de “concluido”, “rezago” y “pendiente”, así como opinar sobre la eficiencia en la totalidad de los casos atendidos por la Unidad de Patología de San Carlos durante el periodo estudiado, debido a la falta de calidad (confiable, oportuna y útil) de la información proporcionada en el reporte facilitado por la Unidad de Gestión de la Calidad.

## 1.8 Difusión de los resultados

Los resultados, conclusiones y recomendaciones de este estudio se comunicaron al Departamento de Medicina Legal, Sección de Patología Forense y la Unidad de Patología Forense de San Carlos, mediante oficio N°1483-65-IAO-SAAE-2023 del 25 de octubre de 2023; así como, conferencias finales efectuadas el 7 y 13 de noviembre de 2023, en la cual participaron los doctores Franz Vega Zúñiga y Jorge Aguilar Pérez, jefes del Departamento de Medicina Legal y Sección de Patología Forense, respectivamente, Dra. María Magdalena Mora Torres, médico forense de San Carlos, los licenciados Arnoldo Mora Alvarado y Kevin Alonso Acuña Núñez, ambos de la Unidad de Gestión de Calidad del Departamento de Medicina Legal, Johanna Villalobos Berrios, Administradora del Departamento de Medicina Legal y Daniela Herrera Vargas, auxiliar administrativa de la Unidad de Patología Forense de San Carlos.

Además, se efectuó sesión de trabajo con el licenciado Mora Alvarado de la Unidad de Gestión de Calidad el 8 de noviembre del presente año y se recibió correo de aceptación de recomendaciones ajustadas el 29 de noviembre del 2023 remitido por el Doctor Vega Zúñiga.

Asimismo, se remitió informe en borrador a la Oficina de Planes y Operaciones como responsable de la implementación de recomendaciones mediante oficio N°1617-72-IAO-SAAE-2023 del 22 de noviembre de 2023; así como, audiencia efectuada el 29 de noviembre de 2023, en la cual participaron los licenciados Pedro Arce González, Sub jefe, Rodolfo Arce Hernández, Jefe Plataforma de Información Policial, Diego Rodríguez Zumbado, Profesional 2 (Estadístico), Juan José Quesada Sánchez Profesional en Informática Líder de Proyecto SUPERCOP y Jesús Antonio Benavides Chacón, Profesional en Informática a cargo del Sistema de Patología Forense y la licenciada Wendy Mejías Acevedo, Sub jefa ai de la Unidad de Tecnología Informática, personal perteneciente a la Oficina de Planes y Operaciones del Organismo de



Investigación Judicial.

Lo anterior, permitió considerar las observaciones presentadas, las cuales han sido incorporadas al informe en lo pertinente.

## 2. RESULTADOS

Como producto de la auditoría realizada en el área bajo estudio, se determinaron los aspectos que se detallan a continuación:

### 2.1 Necesidad de mejorar los sistemas de control interno para la medición de la eficiencia y eficacia de la Unidad

De acuerdo con el análisis en la UPFSC, se determinó la existencia de algunas deficiencias de control interno<sup>1</sup> para medir la gestión de los procesos más relevantes de esa oficina y así identificar su eficiencia<sup>2</sup> y eficacia<sup>3</sup>, tal como se expone a continuación:

#### 1. Definición por escrito del plazo para emitir el dictamen médico legal a la autoridad judicial

Según la información suministrada por la Unidad de Gestión de Calidad (UGC) del Departamento de Medicina Legal (DML), para el período de evaluación (1 de enero del 2021 hasta el 31 de diciembre del 2022), el plazo para la ejecución de los casos, sea una autopsia, ampliación o inspección, desde su inicio hasta la emisión de dictamen médico legal es de 90 días, no obstante, éste no fue comunicado formalmente<sup>4</sup> al personal para su aplicación adecuada, siendo la divulgación un requisito fundamental de las actividades de control para procurar su adecuado cumplimiento.

Durante el examen se obtuvo la existencia de criterios encontrados respecto al momento de inicio y término de la contabilización de los 90 días, tal y como se detalla seguidamente:

- El personal forense destacado en San Carlos, lo calculaba desde el ingreso del caso hasta la emisión del dictamen médico legal por parte de esa Unidad.
- La jefatura de la Sección de Patología Forense, lo computaba desde el ingreso del expediente hasta el envío del dictamen médico legal a la autoridad judicial, el cual fue el utilizado por esta Auditoría en la evaluación.

Con el propósito de conocer el cumplimiento del plazo mencionado, tomando como insumo el reporte suministrado por la UGC el 7 de marzo de 2023, extraído del sistema de la UPFSC, se verificó la totalidad de los casos en estado de rezago (el plazo de 90 días ya fue agotado) o

<sup>1</sup> Las deficiencias corresponden a errores en los controles que, aunque no se hubiese precisado la materialidad de los eventos de riesgo, exponen al área a dichos incidentes. (Manual de Proceso de Auditoría, V1.69)

<sup>2</sup> Aprovechamiento racional de los recursos disponibles en el desarrollo de las operaciones institucionales, en procura del logro de los objetivos institucionales, asegurando la optimización de aquéllos y evitando dispendios y errores.

<sup>3</sup> Capacidad de las operaciones para contribuir al logro de los objetivos institucionales de conformidad con los parámetros establecidos.

<sup>4</sup> La formalidad de un control corresponde a estar aprobado por la línea de mando superior y ser comunicado por escrito a las personas colaboradoras encargadas de realizar un proceso.



pendiente (esperando resultados de una pericia y/o interconsulta), los cuales representaron el 12% (49 casos de 418) de los cuerpos ingresados en el 2021 y 2022, obteniéndose los siguientes resultados:

**Cuadro N°1**  
**Muestra de expedientes con estado de pendiente o rezago,**  
**En la UPFSC, por tipo de caso**  
**Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022**

Variable	2021				2022		Totales	%
	Pendiente	%	Rezago	%	Pendiente	%		
Autopsias	18	75%			18	78%	36	73%
Ampliaciones	1	4%			2	9%	3	6%
Inspecciones	5	21%	2	100%	3	13%	10	20%
<b>Totales</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del reporte emitido por la UGC del DML al 7 de marzo de 2023.

Al momento de la revisión, 47 de los casos presentaban una condición de “pendientes”, lo cual constituye un 11.24% (47 de 418) de los atendidos en el 2021 y 2022 con una pericia y/o interconsulta en espera; no obstante, al cotejar en el sistema, algunos mostraban haberse concluido por cuanto se recibió el dictamen pericial y se remitió el informe médico legal a la autoridad Judicial, denotándose inconsistencias en el reporte facilitado a esta oficina de control, originadas, según lo manifestado por el encargado de la UGC del DML, por la necesidad de depurar los datos generados en el listado de manera manual, dado que el sistema no fue ideado para generar estadísticas (aspecto abordado en el resultado N°2.2 de este informe).

Posteriormente, al 19 de mayo del 2023 se solicitó un nuevo listado para el periodo en estudio (enero 2021 a diciembre 2022) incluyendo otras variables adicionales asociadas a los expedientes, observándose diferencias en el circulante<sup>5</sup>, estados y fechas, respecto al generado al 7 de marzo del 2023.

Por lo anterior, se efectuó una sesión de trabajo con la UGC para identificar las incongruencias, sin embargo, de conformidad con lo expresado por el encargado, para lograr conciliar, es necesario estudiar caso por caso conllevando un tiempo considerable en esta labor, donde se evidenció en el escrutinio de algunos expedientes mediante la opción de “consulta autopsia”, “fechas de despacho” diferentes a las registradas en el sistema. Además, señaló que el reporte no refleja el estado de los casos desde el sistema, sino a partir de las fechas y condiciones de cada uno se deduce si está pendiente o concluido, aspecto consignado mediante fórmulas.

En virtud de lo citado, para esta Auditoría no fue posible finiquitar sobre los estados reales de “concluido”, “rezago” y “pendiente”, debido a la falta de calidad de la información (confiable, oportuna y útil) proporcionada.

### 1.1. Servicios de Autopsia

Las “autopsias” constituyen el servicio principal que ofrece la UPFSC, teniendo cobertura sobre San Ramón, Sarapiquí, Upala, los Chiles, San Carlos y La Fortuna. Esta actividad inicia cuando se recibe notificación del OIJ sobre el ingreso de un cadáver, se genera la documentación para

<sup>5</sup> Corresponde al total de asuntos pendientes o activos al finalizar el mes.



ingresar el caso al Sistema de Patología Forense (SAPF) y se crea un expediente físico y digital.

Posteriormente se practica la “autopsia” según protocolos definidos y se generan los indicios y estudios adicionales solicitados por la médico forense, incluyendo huellas, embalaje, localización de los familiares de la persona fallecida para reconocimiento y generación de certificado de defunción, aspectos que se van documentando durante los días que permanezca abierto el expediente.

Como producto final del procedimiento de “autopsias”, se emite el “dictamen médico legal”, donde se incluye la causa y forma de muerte, conteniendo la firma de la jefatura de la Sección de Patología Forense (SPF) y el refrendo del DML, para su remisión a las partes interesadas.

Con información obtenida en cada uno de los expedientes en el sistema de Patología Forense, se identificó la duración requerida para su ejecución en una muestra no probabilística <sup>6</sup> de 43 casos (26 cuerpos ingresados en el 2021 y 23 entrados en el 2022), obteniendo lo siguiente:

**Cuadro N°2**  
**Unidad de Patología Forense de San Carlos**  
**Tiempos de respuesta promedios en días**  
**para el servicio de autopsias, por fase**  
**periodos 2021 y 2022**

Detalle	Periodo		Diferencia	Cambio porcentual
	2021	2022		
En trámite en la UPFSC	59,61	77,82	18,21	31%
Firma jefatura SPF	3,50	4,85	1,35	39%
Refrendo DML	0,56	0,82	0,26	46%
Despacho dictamen médico legal	2,56	1,56	- 1,00	-39%
Tiempo de respuesta promedio total	66,23	85,05	18,82	28%

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del Sistema de Patología Forense.

El tiempo general de respuesta, en comparación al parámetro deseable (90 días), si bien en el año 2022 fue mayor en un 28% (18.82 días), se refleja un resultado satisfactorio.

Al momento de la evaluación no se disponía formalmente del término de duración para las diferentes fases, no obstante, de acuerdo con lo externado por la Jefatura de la SPF, a su criterio, para el proceso de “firma” y el “refrendo” se estima aproximadamente 3 días para cada diligencia, lo cual denota un lapso levemente superior en la gestión de la Sección y el “refrendo legal”.

Por lo tanto, existe razonabilidad en el lapso de respuesta, lo cual permite que los procesos judiciales continúen su trámite y se pueda contar con las causas de muerte de manera oportuna.

<sup>6</sup> Muestreo no probabilístico (No aleatorio): Se basa en la conveniencia, voluntad, juicio u cuota y no permite cuantificar el efecto del sesgo, al ser sistemático y de tendencia desconocida.



Según lo expresado por la jefatura de la UPFSC, el atraso en la emisión de un dictamen médico legal recae en la espera de los resultados de una pericia y/o interconsulta, lo cual no fue comprobado por esta Auditoría, por cuanto no existe control integrado para el seguimiento de las solicitudes de “*pericias*” que permitan identificar la fecha de recepción de los informes correspondientes y la fecha de emisión del dictamen, para cuantificar los días transcurridos entre el recibido del documento y la elaboración del dictamen.

En la audiencia de este informe en borrador con personal del DML y las Unidades de Liberia y San Carlos, se suministró el registro denominado “Informe control de casos diarios SPF”, el cual se presenta mensualmente a la UGC del Departamento, donde se logra observar los casos activos tramitados por la UPSC y que han requerido la solicitud de una pericia y/o interconsulta; no obstante, en este no se consigna la fecha en la cual se hace la solicitud de las pericias y/o interconsultas, ni la del recibido de esos resultados.

Es preciso agregar que producto de su revisión, se determinaron algunas deficiencias<sup>7</sup> de control, tales como errores en las fechas de salida las cuales debe ser mejoradas para no interferir en los valores estadísticos que se obtienen de dicho reporte.

Además, pese a haberse implementado esta actividad desde el año 2022, aún no ha sido formalizada, ante lo cual la jefatura del DML en la comunicación de resultados, giró instrucciones a las personas colaboradoras, para proceder a su comunicación mediante una circular.

Por su parte, un factor adicional con incidencia en los tiempos de la tramitación de los casos durante el año 2022, según se constató en el Sistema de Gestión Administrativa de Gestión Humana (SIGA-GH), fue un mayor ausentismo respecto al 2021 (48 días y 39 respectivamente).

## 1.2. Servicio de ampliaciones

Como parte de los procesos en la UPFSC, se encuentran las “ampliaciones”, las cuales obedecen a la solicitud de la autoridad judicial para aclaración del dictamen médico legal.

En la práctica también se tienen las “ampliaciones de oficio”, legajo creado en aquellos casos en los que se reciben las pericias y/o interconsultas pendientes, donde el expediente principal fue cerrado<sup>8</sup> al alcanzar el plazo máximo para su resolución, estando a la espera de un reporte, documento o dictamen externo al DML.

Del examen se reflejó la apertura de “ampliaciones” para los años 2021 y 2022, según se muestra a continuación:

---

<sup>7</sup> Las deficiencias corresponden con errores en los controles que, aunque no se hubiese precisado la materialidad de los eventos de riesgo, exponen al área a dichos incidentes.

<sup>8</sup> Casos que alcanzan el plazo máximo y aún tienen pendiente un reporte, documento o dictamen externo al DML (pericia y/o interconsulta) y en el cual con los estudios internos no se puede establecer una causa de muerte, por lo que se concluye en el sistema generando un dictamen con “causa de muerte por determinar”, abriéndose un nuevo expediente como “ampliación de oficio” una vez recibido los resultados pendientes.



**Cuadro N°3**  
**Unidad de Patología Forense de San Carlos**  
**Ampliaciones tramitadas, por tipo**  
**del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022**

Variable	Periodo		Variación n	Variación porcentual
	2021	2022		
Ampliaciones de oficio	3	8	5	167%
Ampliaciones	7	12	5	71%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con datos extraídos del reporte emitido por la UGC del DML al 19 de mayo de 2023

Como se observa, se incrementó la práctica de abrir “*ampliaciones de oficio*”, lo cual, de acuerdo con lo expresado por la patóloga de San Carlos, para el periodo en evaluación, se origina por la instrucción verbal de la jefatura del Departamento de Medicina Legal de cerrar el “*expediente*” de autopsia, emitiendo un dictamen médico legal con la leyenda “*muerte por determinar*” y una vez recibidos los resultados de las “*pericias*”, proceder de oficio a la apertura de la “*ampliación*”.

Al respecto, la doctora de la UPFSC, señaló la inconveniencia de ejecutar este procedimiento, por cuanto se deben elaborar dos dictámenes, uno donde se describe “*muerte por determinar*” y otro con las causas de muerte de conformidad con los resultados de las “*pericias*” efectuadas, siendo que el primero no aporta información a las familias, ni a la autoridad judicial que investiga el asunto.

A criterio de esta Auditoría, ese procedimiento no es adecuado por cuanto refleja una mayor carga de trabajo, cuando realmente el asunto es continuación de un “*expediente principal*” cerrado, que requería de otros insumos para emitir el dictamen médico legal definitivo, no permitiendo visualizar la antigüedad real del caso original.

Por su parte, la jefatura del DML, en audiencia de este informe en borrador el 7 de noviembre de 2023, expuso que este procedimiento se estableció para protección del personal médico forense ante acciones legales presentadas por las personas usuarias por la tardanza en la emisión del dictamen, siendo que esta responsabilidad no es imputable a estos profesionales por cuanto la demora se origina en la espera de los resultados de otras pruebas para determinar la causa de muerte, por consiguiente, marcó de manera enfática su posición de mantener este tratamiento a estos expedientes, lo cual fue secundado por la persona encargada de la UGC, quien manifestó estar de acuerdo con esta forma de trabajo, funcional para los efectos.

Sobre este particular esta Auditoría solicitó opinión de expertos, donde el Profesional en Estadística de la Oficina de Planes y Operaciones del OIJ (OPO), expresó comprender la



necesidad de emitir un dictamen preliminar en esas circunstancias, pues es una responsabilidad inimputable a las Unidades de Patología Forense; no obstante, a nivel del sistema hay afectación en los datos al cerrar casos que en realidad no están terminados, por cuanto no se ha confeccionado un informe definitivo en espera de otras pericias.

Considera que podría definirse una categoría de “pendientes” o “con dictamen preliminar” sin hacer el cierre en el sistema, lo cual vendría a reflejar la realidad de forma transparente para que no se afecte el análisis de rendimiento de la oficina.

El tema también fue abordado con la jefatura del Subproceso de Estadística de la Dirección de Planificación quien coincide con la necesidad de definir un estado específico a los casos descritos con “muerte por determinar”, sin considerarlos como parte del circulante activo, por cuanto sus atrasos se deben a causas externas a las Unidades de Patología.

Por lo anteriormente expuesto esta Auditoría mantiene su posición respecto a la necesidad de analizar el procedimiento de conclusión de expedientes en el sistema con estado de muerte por determinar, dadas sus implicaciones en las estadísticas; aclarando que esta oficina de control no está en desacuerdo con la emisión de dictámenes preliminares, ya que con estos se documenta la imposibilidad operativa de dar respuesta a las autoridades correspondientes y a la persona usuaria, sobre la causa del fallecimiento, constituyéndose esta en una limitante a su gestión.

Retomando los datos del cuadro anterior, las “ampliaciones” gestionadas por las autoridades judiciales aumentaron en 5 para el año 2022, mostrándose según los insumos extraídos del sistema por parte del personal de la UPFSC, por las siguientes razones:

**Cuadro N°4**  
**Unidad de Patología Forense de San Carlos**  
**Cantidad de ampliaciones, por motivo**  
**del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre 2022**

Motivo	2021		2022		Totales	%
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje		
Expedientes médicos e interconsulta.		0%	1	5%	1	3%
Expedientes médicos.	7	70%	12	60%	19	63%
Interconsulta.		0%	2	10%	2	7%
Pericias conexas.	3	30%	5	25%	8	27%
<b>Totales</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del reporte de la Unidad de Calidad del Departamento de Medicina Legal del 19 de mayo 2023 e información suministrada por la Unidad de Patología Forense de San Carlos.

Tal como se aprecia, no se tiene una parametrización de los motivos generadores de las solicitudes de ampliación, para identificar aquellas que demandan mayor tiempo en su atención y con ello justificar operativamente su labor.

Se observa un alto porcentaje de las ampliaciones relacionadas al examen de documentos médicos, sobre lo cual, según lo manifestado por la especialista forense de San Carlos, se requiere de un mayor esfuerzo para su resumen y estudio, dado su volumen, aunado a



encontrarse algunos de forma física y escritos con bolígrafo, lo cual fue confirmado por esta Auditoría durante la visita realizada.

Respecto a la duración para atender las 30 ampliaciones del periodo en estudio, se obtuvo un promedio de 65,48 días desde el ingreso de la solicitud hasta la emisión del dictamen a la autoridad judicial, estando esa cifra dentro de los 90 días esperados, distinguiéndose tres que la superaron en demasía (NºE2021-0177 con 109 días, Nº E2021-00063 con 120 días y NºE2021-00037 con 121 días, todos requirieron “revisión de documentos médicos”).

## 2. Días sin ingreso de cuerpos a la Unidad de Patología

Durante el período evaluado se presentaron días en los cuales no ingresaron cuerpos, tal como se muestra de seguido:

**Cuadro N°5**  
**Unidad de Patología Forense de San Carlos**  
**Días hábiles con y sin ingreso de cuerpos, por variable**  
**del 01 de enero 2021 al 31 de diciembre 2022**

Variable	Periodos			
	2021		2022	
	Días <sup>(1)</sup>	%	Días	%
<b>Días hábiles efectivos por año</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>
Días hábiles con ingreso de cuerpos	161	73%	208	98%
Días hábiles sin ingreso de cuerpos	61	27%	4	2%

(1) A los 261 días hábiles del año 2021, se le restó 39 días de ausentismo (vacaciones ordinarias, profilácticas e incapacidades de la especialista) quedando 222 días hábiles efectivos. A los 260 días hábiles del año 2022, se le rebajó 48 días de ausentismo, contabilizando 212 días hábiles efectivos.

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes ingresados a la Unidad de Patología Forense de San Carlos

Durante los dos años analizados, en promedio el 85 % de los días hábiles se dedicaron a la labor sustantiva, mientras en el 15% del tiempo en el cual no se efectuaron autopsias, según lo expresado por el personal de la UPFSC, se utilizó en prestar colaboraciones en la elaboración de remesas, para enviar “expedientes” a destrucción, lo cual se encuentra debidamente autorizado por la Jefatura del DML en coordinación con la de la Delegación del OIJ de San Carlos, permitiendo un aprovechamiento del recurso humano en los períodos en los cuales no se llevan a cabo disecciones.

Lo anterior, fue formalizado, durante el transcurso de esta auditoría, mediante acuerdo del Consejo Superior de la sesión N°42-2023 celebrada el 18 de mayo de 2023, artículo LVII, donde se dispuso:

*“Acoger la solicitud presentada por el doctor Franz Vega Zúñiga, Jefe del Departamento de Medicina Legal en oficio número JDML 2023-0021-CS del 10 de mayo de 2023, en consecuencia, autorizar a la*



*Jefatura del Departamento de Medicina Legal, para que de acuerdo a la necesidad proceda conforme lo señala, ya sea la opción de las vacaciones o la de remitir al personal de las Unidades Médico Legales Regionales de Patología Forense a realizar labores compatibles con el puesto, a otra oficina cercana, a fin de no desaprovechar el recurso humano.”*

Sobre el tiempo destinado a colaboraciones, esta Auditoría no pudo precisar si el usado en remesas coincide con los lapsos sin actividad por cuanto existió limitación para realizar los cálculos, ante la falta de controles y registros manuales o automatizados sobre el particular.

En cuanto a la médico forense, en los momentos en lo que no hay personas fallecidas, esta efectúa las actividades atinentes a su cargo, tales como redacción de dictámenes, análisis de expedientes médicos, entre otros. Lo anterior queda registrado en el “*Reporte de Actividades para Estadística Mensual*” (RAPEM).

Respecto a los días de ausentismo (cierre colectivo, vacaciones ordinarias de la médico de San Carlos, incapacidades o fines de semana que no se labora), de conformidad con lo externado por el personal de la UPFSC, cuando se efectúa levantamiento de cuerpos, estos son trasladados hacia la Sección de Patología Forense en San Joaquín; sin formar parte del circulante de San Carlos. Si ingresa el domingo, el cuerpo se mantiene en las cámaras de la Policía Judicial Regional hasta el lunes para el respectivo procedimiento, a menos que el personal se encuentre en disponibilidad; escenario comprobado por esta Auditoría mediante la reconstrucción de días hábiles, los casos ingresados del listado facilitado por la UGC y el ausentismo consignado en el SIGA-GH.

Si bien, se denota esfuerzos para maximizar el personal apoyando a otras dependencias, en la oficina evaluada no se dispone de un control integrado para medir los lapsos dedicados a las acciones sustantivas y de colaboración, así como su tendencia, para una adecuada rendición de cuentas que facilite la toma de decisiones en busca de un mejor aprovechamiento del recurso.

En resumen, sobre la labor sustantiva, se evidenció que las “*autopsias*” se hacen oportunamente y se entrega de forma inmediata los cuerpos a sus familiares; sin embargo, el “*despacho del dictamen*” revela en algunas ocasiones atrasos ajenos a la oficina bajo estudio, debido a la falta de un reporte, documento o dictamen externo al DML (pericia y/o interconsulta) que impide concluir la causa de muerte, no obstante, la contabilización de esta tardanza no se visualiza en ningún control, dificultándose el seguimiento para demostrar la justificación de la dilación en la respuesta.

A continuación, se exponen los criterios utilizados como base de medición para determinar la condición previamente expuesta:

- i. *Ley General de Control Interno N.º 8292 | Artículo 8.-Concepto de sistema de control interno*, en el cual se especifica como parte de los objetivos de control interno, el garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.



- ii. *Normas de control interno para el sector público N-2-2009-CO-DFOE | Norma 1.2 inciso c.–Objetivos del SCI, resalta el deber de garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones mediante el “Sistema de Control Interno” para el logro de los objetivos institucionales. |Ítem 3.3 “Vinculación de la planificación institucional”, respecto al deber de tomar en cuenta entre otros aspectos “los objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño. |Norma 4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones, instituye la importancia de instaurar actividades de control. | Norma 5.6. Calidad de la información, asociada a la obligación de asegurar que los sistemas procesen la información de acuerdo con la necesidad de las distintas áreas usuarias. | Ítem 4.4.1 “Documentación y registro de la gestión institucional”, el jerarca y titulares subordinados deben imponer medidas para registrar y documentar su gestión, los resultados y otros eventos relevantes, garantizando la confidencialidad y acceso a la información pública. | Norma 4.4.2 “Formularios uniformes”, sobre el deber del jerarca y titulares subordinados, de disponer lo pertinente para la emisión, administración, uso y custodia, de formularios uniformes para la documentación, procesamiento y registro de las transacciones institución. |Numeral 6.3.1 “Seguimiento continuo del SCI”: Deber de las personas responsables de observar cotidianamente el funcionamiento del SCI para determinar desviaciones e informarlas oportunamente a las instancias correspondientes. |Norma 6.4 “Acciones para el fortalecimiento del SCI”: las personas competentes deben emprender oportunamente las acciones preventivas o correctivas para fortalecer el SCI ante la detección o comunicado de deficiencias o desviaciones en la gestión o en el control interno, así como dar seguimiento.*

Si bien, según la muestra analizada, se obtuvo resultados satisfactorios durante los años examinados, se denotan deficiencias en el sistema de control interno debido a las siguientes razones:

- Durante el periodo evaluado, se carecía de indicadores de gestión, no obstante, el plazo para la atención de casos, firmas, refrendo y envío del dictamen médico legal, fue definido y formalizado durante esta auditoría (mediante circular N°DML-2023-003 del 5 de julio del 2023), sin disponerse aún de cuantificaciones sobre el uso deseado del recurso en labores sustantivas y colaboraciones, así como los tiempos esperados en aquellos subprocesos considerados relevantes para documentar su duración y así instaurar la base para el autocontrol de la Oficina.
- En las unidades regionales no se ha elaborado un mapeo de los procesos ejecutados desde el ingreso de la persona fallecida hasta la emisión del dictamen médico legal, para establecer los tramos de control y a su vez definir el escenario para la emisión de un dictamen médico legal oportuno.
- El sistema informático SAPF, no fue diseñado para la emisión de reportes estadísticos, ni para obtener la trazabilidad y la oportunidad de respuesta. (tema ampliado en el resultado 2.2 de este informe).



- No se ha considerado necesario la implementación de un control para dar seguimiento a la solicitud de pericias y/o interconsultas, que permita conocer la fecha de solicitud y de ingreso, para argumentar las demoras que impactan la conclusión de los dictámenes.
- Falta de implementar un procedimiento para justificar el rezago, cuando se llega al límite de días esperados de resolución y no se tiene el insumo necesario para consignar la “causa de muerte” y emitir el dictamen legal.
- Se carece de una categorización de las causas de las ampliaciones solicitadas por la autoridad judicial, para disponer de información ordenada para su análisis y toma de decisiones.
- Los controles existentes relacionados con los días en los cuales no se ejecutan “autopsias”, no son suficientes como herramienta útil en la determinación de la efectividad de la oficina evaluada, por lo siguiente:
  - Se carece de registros consolidados para documentar las actividades que se ejecutan en tiempos ociosos por parte el personal técnico en momentos en los que no ingresan cuerpos para autopsia.

Al respecto, se determinó en el “Reporte de actividades para estadísticas mensuales” (RAPEM), el registro de las tareas ejecutadas por profesionales en medicina forense, no así las del personal técnico, contrario a lo definido en el protocolo “Registro de estadística” del DML (DML-JEF-107) del 18 de abril del 2022, segunda versión, donde se define:

“2.- Alcance:

Aplica a los jefes de oficina, personal encargado de llevar el registro estadístico en cada oficina y personal de la UGC, así como al personal administrativo, técnico y profesional, que registra información en los Sistemas Automatizados en las oficinas del Departamento de Medicina Legal”.

En reunión de comunicación de resultados de este informe efectuada el 13 de noviembre del 2023, la jefatura del DML, dispuso su anuencia de mejorar el RAPEM, para ser aplicado al resto de las personas colaboradoras de la unidad, sirviendo de insumo para la identificación del adecuado uso del recurso humano por la UGC.

- La jefatura de la Unidad remite un “Informe de labores mensual” al DML, sin embargo, no muestra las horas invertidas en cada una de ellas, impidiendo contar con insumos para el análisis de su desempeño, en pro del buen servicio público.

Las situaciones comentadas en párrafos anteriores provocan eventos de riesgos operativos y de información, tal como se comenta enseguida:

1. Se limita la “autogestión” de la UPFSC para demostrar la utilización óptima de sus recursos y la ejecución de sus operaciones sustantivas de acuerdo con los niveles esperados, bajo principios de eficiencia y eficacia razonables.



2. Incremento de las cargas de trabajo, al estar cerrando casos en espera de pericias y/o interconsultas, para evitar que el expediente principal incurra en un estado de “*rezago*” y creando posteriormente “*ampliaciones de oficio*” para emitir el dictamen definitivo, constituyéndose esta práctica en una actividad no acorde con un ambiente de control adecuado para el reflejo real del estado del expediente principal, invisibilizando su antigüedad ya que, existe un lapso durante el cual el expediente, estando pendiente su “dictamen final”, se excluye del circulante y se reactiva mediante la creación de una ampliación de oficio.
3. Imposibilita conocer la cantidad de recurso destinado a trabajos de colaboración a otras oficinas.

A nivel general, no se dispone de insumos para medir su gestión, no solo a nivel estadístico, sino también sobre tiempos de respuesta, donde se identifiquen desviaciones respecto a lo esperado, para la toma de decisiones en aquellos casos pertinentes, para mejorar el servicio público lo cual va en beneficio de las familias de las personas fallecidas, para una pronta emisión del dictamen, los cuales en algunas ocasiones son requeridos para la tramitación de pensiones, herencias, entre otros y contribuir al impulso de la tramitación de un legajo jurisdiccional.

## **2.2 Conveniencia de contar con sistemas de información adecuados para la elaboración de datos estadísticos**

De la información de la Unidad de Patología Forense de San Carlos, se obtuvo como resultado la ausencia de una herramienta específica para la emisión de las estadísticas e indicadores de gestión de esa oficina.

Los datos utilizados para emitir algunas de las mediciones requeridas por la jefatura del Departamento de Medicina Legal, los obtiene la UGC a través de una solicitud ante la Unidad de Tecnología de Información (UTI) de la Oficina de Planes y Operaciones del Organismo de Investigación Judicial, como administradores de la “*base de datos del SAPF*”, por cuanto el sistema no emite un integrado de estados y circulante (casos ingresados, salidos y pendiente o en rezago), que deben construirse.

A continuación, se detallan algunos aspectos identificados:

1. Según manifestaciones de la UGC, en la depuración y elaboración de datos estadísticos, se invierte aproximadamente 9 días, para emitir los resultados de la UPFSC, indicando que se han realizado ajustes al SAPF y mejorado las fórmulas matemáticas para la emisión de los “reportes” en hojas electrónicas, pero la situación continúa, lo cual fue confirmado por esta Auditoría al explorar de los listados suministrados el 7 de marzo y 19 de mayo de 2023 y verificados posteriormente con la UGC, encontrándose diferencias que no pudieron ser conciliadas, por cuanto esto implicaba examinar con detalle cada uno de estos.
2. Los informes estadísticos emitidos por la UGC y puestos en conocimiento del DML y la UPFSC, no contienen un análisis de los resultados para la toma de decisiones, por



cuanto estos se conforman de gráficos y tablas sobre el circulante sin lograr distinguir integralmente la razonabilidad de su tramitación y el avance de la oficina.

3. Por otra parte, los “reportes” están diseñados para la obtención de estadísticas, más no de indicadores para medir mediante la trazabilidad la eficiencia y eficacia, para conocer aquellos factores que hacen lento el proceso en alguna de sus diferentes etapas e influyen en un adecuado cumplimiento de objetivos.

Las situaciones que han ocasionado la condición descrita anteriormente obedecen a:

- El sistema SAPF no fue concebido para generar los “reportes” citados líneas atrás, motivando a construir las estadísticas mediante fórmulas y en ocasiones solicitando requerimientos específicos a la UTI con los inconvenientes asociados de no extraer las cifras correctas al existir múltiples fechas y variables.
- Si bien, la herramienta informática contiene el trabajo ejecutado por la persona profesional en patología, el del personal técnico no se registra.
- La aplicación permite hacer reversiones al refrendo de “causa de muerte”, lo cual modifica la “fecha de refrendo” del dictamen médico legal, incidiendo en los “reportes” que se emitan posteriormente.

Estas debilidades del sistema fueron advertidas por la Dirección de Planificación en el “Rediseño de Procesos del Organismo de Investigación Judicial, Departamento de Medicina Legal, Sección de Patología Forense”, según informe 38-PLA-MI-2022<sup>9</sup> del 18 de enero de 2022 donde manifestó entre otros aspectos, la ausencia de *“un módulo para cada tipo de servicio, que permita tanto medir el volumen de trabajo como la trazabilidad del caso”*, además, indicó la importancia de que todo el flujo de información se haga a través del sistema para mejorar la asignación de responsabilidades.

No obstante, debido al comunicado N°009-OPO-2021 del 2 de diciembre de 2021 emitido por la OPO, respecto a la “Revisión de solicitudes de mantenimiento de sistemas”, con la puesta en inicio del “Sistema Único Policial Especializado en la Resolución de la Criminalidad Común, Organizada y la Prevención” (SUPER COP), toda solicitud de mantenimiento de mejoras en los sistemas en producción soportados por la Plataforma de Información Policial y Unidad Tecnológica de Información deben tener previa aprobación de la jefatura de la OPO.

Lo anterior en consonancia con lo anotado en el acuerdo del Consejo Superior N° 106-2017 del 23 de noviembre del 2017, sobre suspender “el desarrollo de nuevas mejoras para los sistemas actuales utilizados para la gestión y tramitación de expedientes y oficinas judiciales”, y utilizar el recurso humano, asignado en estas labores a las nuevas soluciones informáticas, limitándose la posibilidad de ajustar en este momento al actual SAPF.

Sobre este tópico, en audiencia celebrada el 29 de noviembre de 2023, con personal de la OPO, manifestaron que la inclusión de módulos para generar estadísticas en el SAPF, es inviable, por cuanto esto implicaría llevar a cabo una reingeniería en este sistema, lo cual fue comunicado mediante oficio N°220-DG-2022 del 25 de marzo de 2022, remitido por la Dirección del Organismo de Investigación Judicial al Consejo Superior y conocido en la sesión N°028-2022, artículo XLVII, relacionado con el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la

<sup>9</sup> Aprobado por el Consejo Superior en la sesión 21-2022 del 10 de marzo de 2022, artículo LIII.



Dirección de Planificación a la OPO en el oficio supra citado sobre el *rediseño de procesos en la Sección de Patología Forense*, en donde expresaron:

*“Con respecto a la recomendación No 15, su implementación en el sistema actual de Patología conllevaría una fuerte reestructuración, tanto a nivel de tablas e interfaz de usuario y en vista del inicio del desarrollo del proyecto SUPERCOP, se aconseja implementar esas recomendaciones en SUPERCOP y no en el sistema de Patología, porque de implementarse esos cambios en el sistema actual también se deberán implementar en el proyecto SUPERCOP. Por lo tanto, se propone la implementación de las recomendaciones en SUPERCOP y no en el sistema actual de Patología, y con ello lograr evitar un retrabajo y un uso eficaz y eficiente de los recursos públicos”.*

Sobre el particular, según se indicó, el SUPERCOP<sup>10</sup> incluirá los requerimientos para automatizar los procesos de Patología Forense; sin embargo, no se obtuvo el detalle de esas especificaciones para corroborar si algunos temas vinculados a las estadísticas, trazabilidad y seguimiento están siendo abordados, dado que la Jefatura de la UTI manifestó al 28 de julio del 2023<sup>11</sup> que están en fase de levantamiento de esas necesidades, para lo cual se espera que cada usuario, en este caso, Patología Forense, solicite lo propio para ser desarrollado.

Respecto a los temas analizados en este apartado, se identificaron los siguientes criterios aplicables a las condiciones previamente expuestas:

- i. *Ley General de Control Interno N.º 8292 | Artículo 16.- Sistemas de Información.* – consigna el deber del jerarca y de los titulares subordinados, de contar con aquellos que permitan armonizar con los objetivos institucionales y verificar que sean adecuados para el manejo adecuado de los recursos.
- ii. *Normas de control interno para el sector público N-2-2009-CO-DFOE | Norma 5.1 – Sistemas de información* –, donde se establecen los elementos y condiciones de los sistemas de información para que la gestión alcance los objetivos institucionales. | *acápito 5.6 –Calidad de la información–, revela los atributos de confiabilidad, oportunidad y utilidad para asegurar razonablemente su adecuación a los diferentes usuarios. Ítem 5.8. –Control de sistemas de información–, sobre la obligación de disponer de controles en los sistemas para garantizar entre otras cosas, la calidad de la información y las responsabilidades.*
- iii. *Circular N°28-2016 del 20 de marzo 2016 | “Reiteración de la circular N° 134-2015 sobre la Obligación de las Jefaturas de supervisar la actualización y respaldo de los sistemas informáticos que apoyan la gestión de las oficinas y los despachos judiciales”, divulgadas regularmente mediante cápsulas informativas.*

La condición señalada en este apartado ha ocasionado la exposición a riesgos operativos tales

<sup>10</sup> Sistema Único Policial Especializado en la Resolución de la Criminalidad Común, Organizada y la Prevención”, el cual según información de la Unidad de Tecnología del OIJ, se estima finalizar el 29 de junio de 2029. Encontrándose en la etapa de análisis y desarrollo.

<sup>11</sup> Al 28 de julio del 2023 este sistema se encontraba en ajustes en el desarrollo del proceso de gestión de la Solicitud de Dictamen Médico Legal (F137) y etapas tempranas del análisis de requerimiento del proceso de creación del caso.



como:

- No se dispone de información de calidad para la labor diaria y la toma de decisiones, siendo que la generada por el sistema se torna de poca utilidad para las unidades de control para mostrar el avance de la oficina en tiempos de trámite y el estado de los asuntos con exactitud, cargas de trabajo, rendimiento tanto del despacho como de las personas en sus tareas e identificar oportunidades de mejora.
- Al no generar “*reportes*” confiables, se dificulta a la jefatura del Departamento de Medicina Legal conocer oportunamente los resultados de la gestión de la UPFSC en un periodo específico.
- Posibles inconsistencias en la obtención del circulante de la Unidad o mala interpretación de datos, ante la construcción manual de las estadísticas, conllevando al riesgo de errores, condición observada en las minutas de las reuniones de rendición de cuentas con la Jefatura de Departamento, quien solicita a cada Unidad, cotejar los datos aportados por UGC.
- Limitación por parte de la UGC o cualquier órgano de control, para obtener los insumos y analizar la tramitación de las Unidades de Patología, tal como le sucedió a la Dirección de Planificación y a esta Auditoría.

### **2.3 Aspectos subsanados durante la ejecución de la auditoría**

Durante esta evaluación, se observó que el único plazo para la ejecución de la “autopsia”, incluyendo la emisión del dictamen médico legal, las firmas y envío del documento a las partes interesadas, era de 90 días en total, el cual no se encontraba formalmente diseñado, por tanto, no estaba por escrito, ni se había divulgado para su adecuado seguimiento, generando diferencias de criterio respecto a su aplicación.

Posteriormente, mediante circular N°DML-2023-003 del 5 de julio de 2023, se comunicó, entre otros aspectos los plazos máximos para la conclusión de los dictámenes por parte del personal pericial y el tiempo esperado para que las jefaturas realicen el refrendo, subsanándose de esta manera la deficiencia del control interno que expuso al área, durante el periodo evaluado, ante el riesgo de atraso en la gestión.

## **3. CONCLUSIONES**

Del estudio practicado en la Unidad de Patología Forense de San Carlos, se denota el cumplimiento de su objetivo con eficacia, el cual está orientado a investigar la causa y manera de muerte de personas de interés judicial y responder científicamente las interrogantes sobre dicho fallecimiento, determinándose una capacidad operativa que sobrepasa su volumen de trabajo, logrando incluso brindar colaboraciones al OIJ de la zona en los lapsos en los cuales no se llevan a cabo disecciones.

Por otra parte, la muestra examinada para el año 2021 y 2022 refleja en promedio la emisión del dictamen en menos de 90 días; no obstante, esta Auditoría estuvo limitada para concluir



sobre la eficiencia en la totalidad de los casos atendidos durante el periodo del estudio, por cuanto los controles implementados no brindaron información integrada de calidad para emitir datos ordenados sobre cargas de trabajo, utilización de los recursos humanos asignados, estado de las causas, pendientes, rezago justificado, entre otras variables.

Aunado a lo anterior, se observaron deficiencias de control asociadas a demostrar la efectividad de las operaciones por cuanto el Sistema Automatizado de Patología Forense no fue creado para la emisión de estadísticas y de indicadores de gestión, por lo cual estos deben ser construidos, no siendo confiables para la toma de decisiones, conllevando a la Unidad a exposición de riesgos operativos y de información que afectan la adecuada medición de la gestión.

## 4. RECOMENDACIONES

### A la Jefatura del Departamento de Medicina Legal

- 4.1. Identificar por escrito cada una de las etapas que conforman el proceso de la Unidad de Patología Forense de San Carlos, así como sus subprocesos, desde el ingreso del caso hasta la emisión del dictamen médico legal para refrendos, con el fin de instituir los tramos de control y los puestos responsables, como base para la medición de su trabajo y para la definición de requerimientos del SUPERCOP. (Resultado 2.1).

Plazo de implementación: 6 meses

- 4.2. Establecer indicadores apegados a la realidad, para medir la labor de la Unidad de Patología Forense de San Carlos, en aquellos otros subprocesos considerados relevantes, a fin de comparar la gestión realizada contra la esperada y precisar desviaciones y tomar decisiones oportunas y sustentadas en mejora del servicio al usuario. (Resultado 2.1)

Plazo de implementación: 6 meses

- 4.3. Definir un control por escrito para el seguimiento, por parte de la UPSC, de las solicitudes de pericias y/o interconsultas, con el propósito de disponer de insumos respecto a los tiempos de respuesta y con ello demostrar las causas justificadas del rezago para la toma de decisiones. (Resultado 2.1).

Plazo de implementación: 3 meses

- 4.4. Diseñar por escrito como parte del sistema de control interno, registros de las labores sustantivas, colaboraciones y otras actividades administrativas (capacitación, PAO, SEVRI, autoevaluación, reuniones de rendición de cuentas, entre otras) para el personal técnico de la Unidad, con el propósito de disponer de información respecto al aprovechamiento de los recursos de la oficina. (Resultado 2.1).

Plazo de implementación: 3 meses

- 4.5. Girar instrucciones por escrito a la persona perita de la Unidad de Patología Forense de San Carlos, para que implemente la supervisión sobre los registros de actividades ejecutadas por el personal técnico en colaboración a otras dependencias, con el



propósito de procurar su adecuada aplicación. (Resultado 2.1)

Plazo de implementación: 1 mes

- 4.6.** Definir, conjuntamente con el equipo de Proyecto SUPERCOP, la Sección de Patología Forense, Unidad Calidad de la Información del Departamento de Medicina Legal y las Unidades de Patología Forense de Liberia y San Carlos, los requerimientos para el SUPERCOP, considerando la separación de los procesos en los servicios, los plazos de respuesta y metodología de trabajo según resultado de las recomendaciones 4.1 y 4.2 y de este informe, con el propósito de disponer de un sistema automatizado que solvente la mayor cantidad de necesidades de información y entre otras cosas, facilite la emisión ágil y oportuna de estadísticas e indicadores, la trazabilidad y los cambios de estado. (Resultado 2.2.).

Plazo de implementación: 6 meses

#### **A la jefatura de la Oficina de Planes y Operaciones del OIJ**

- 4.7.** Analizar en coordinación con la jefatura de Medicina Legal, el procedimiento de conclusión de “autopsias” en el Sistema Automatizado de Patología Forense con dictamen por “causa de muerte por determinar”, con el propósito de visibilizar la antigüedad real de los casos (por tener pendiente algún documento o pericia necesarios para emitir el dictamen definitivo) sin considerarlos como parte del circulante activo al originarse sus atrasos en causas externas a la Unidad de Patología. (Resultado 2.1).

Plazo de implementación: 3 meses

## **5. ANEXOS**

### **Anexo N° 1 –**

**Resultado N° 2.1.** Necesidad de mejorar los sistemas de control interno para la medición de la eficiencia y eficacia de la Unidad.

<b>Normativa</b>	<b>Detalle</b>
<b>Ley General de Control Interno N.º 8292</b>	<b>“Artículo N°8 – Concepto de sistema de control interno.</b> Para efectos de esta Ley, se entenderá por sistema de control interno la serie de acciones ejecutadas por la administración activa, diseñadas para proporcionar seguridad en la consecución de los siguientes objetivos: a) Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información. c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.



Normativa	Detalle
	<p>d) <i>Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico”.</i></p>
<p><b>Normas de control interno para el sector público N-2-2009-CO-DFOE</b></p>	<p><b>“Artículo 1.2 Objetivos del SCI</b></p> <p><i>El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:</i></p> <p><i>a. Proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. El SCI debe brindar a la organización una seguridad razonable de que su patrimonio se dedica al destino para el cual le fue suministrado, y de que se establezcan, apliquen y fortalezcan acciones específicas para prevenir su sustracción, desvío, desperdicio o menoscabo.</i></p> <p><i>b. Exigir confiabilidad y oportunidad de la información. El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comuniquen con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales.</i></p> <p><i>c. Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.</i></p> <p><i>d. Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico. El SCI debe contribuir con la institución en la observancia sistemática y generalizada del bloque de legalidad”.</i></p> <p><b>“Artículo 3.3 Vinculación con la planificación institucional</b></p> <p><i>La valoración del riesgo debe sustentarse en un proceso de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño claros, medibles, realistas y aplicables, establecidos con base en un conocimiento adecuado del ambiente interno y externo en que la institución desarrolla sus operaciones, y en consecuencia, de los riesgos correspondientes.</i></p> <p><i>Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”.</i></p> <p><b>“Artículo 4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional</b></p>



**Normativa**

**Detalle**

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda.*

**“Artículo 4.4.2 Formularios uniformes**

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer lo pertinente para la emisión, la administración, el uso y la custodia, por los medios atinentes, de formularios uniformes para la documentación, el procesamiento y el registro de las transacciones que se efectúen en la institución. Asimismo, deben prever las seguridades para garantizar razonablemente el uso correcto de tales formularios.*

**“Artículo 4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones**

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas, así como los requisitos indicados en la norma 4.2.*

*Las subnormas que se incluyen a continuación no constituyen un conjunto completo de las actividades de control que deba ser observado por la totalidad de las instituciones del sector público con ese propósito; por consiguiente, corresponde a los jefes y titulares subordinados determinar su pertinencia en cada caso y establecer las demás actividades que sean requeridas”.*

**“Artículo 5.6. Calidad de la información.**

*El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y mejoramiento continuo.*

*Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad”.*

**“Artículo 6.3.1 Seguimiento continuo del SCI**

*Los funcionarios en el curso de su labor cotidiana, deben observar el funcionamiento del SCI, con el fin de determinar desviaciones en su*



Normativa	Detalle
	<p><i>efectividad, e informarlas oportunamente a las instancias correspondientes.”</i></p> <p><b>“Artículo 6.4 Acciones para el fortalecimiento del SCI</b></p> <p><i>Cuando el funcionario competente detecte alguna deficiencia o desviación en la gestión o en el control interno, o sea informado de ella, debe emprender oportunamente las acciones preventivas o correctivas pertinentes para fortalecer el SCI, de conformidad con los objetivos y recursos institucionales. Así también, debe verificar de manera sistemática los avances y logros en la implementación de las acciones adoptadas como producto del seguimiento del SCI.</i></p> <p><i>En el caso de las disposiciones, recomendaciones y observaciones emitidas por los órganos de control y fiscalización, la instancia a la cual éstas son dirigidas debe emprender de manera efectiva las acciones pertinentes dentro de los plazos establecidos.”</i></p>

**Resultado N° 2.2: Importancia de contar con sistemas de información adecuados para la elaboración de datos estadísticos**

Criterio	Detalle
<b>Ley General de Control Interno N.º 8292</b>	<p><b>Artículo 16.-Sistemas de información.</b> <i>Deberá contarse con sistemas de información que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, entendiéndose esta como el conjunto de actividades realizadas con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado la información producida o recibida en la organización, en el desarrollo de sus actividades, con el fin de prevenir cualquier desvío en los objetivos trazados. Dicha gestión documental deberá estar estrechamente relacionada con la gestión de la información, en la que deberán contemplarse las bases de datos corporativas y las demás aplicaciones informáticas, las cuales se constituyen en importantes fuentes de la información registrada.</i></p> <p><i>En cuanto a la información y comunicación, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, como responsables del buen funcionamiento del sistema de información, entre otros, los siguientes:</i></p> <p>a) <i>Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requeridos para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno.</i></p>



Criterio	Detalle
	<p><i>b) Armonizar los sistemas de información con los objetivos institucionales y verificar que sean adecuados para el cuidado y manejo eficiente de los recursos públicos.</i></p> <p><i>c) Establecer las políticas, los procedimientos y recursos para disponer de un archivo institucional, de conformidad con lo señalado en el ordenamiento jurídico y técnico”.</i></p>
<p><b>Normas de control interno para el sector público N-2-2009-CO-DFOE</b></p>	<p><b>“5.1 Sistemas de información</b></p> <p><i>El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales. El conjunto de esos elementos y condiciones con las características y fines indicados, se denomina sistema de información, los cuales pueden instaurarse en forma manual, automatizada, o ambas.</i></p> <p><b>“5.6 Calidad de la información</b></p> <p><i>El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo. Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.</i></p> <p><b>“Norma 5.8 Control de sistemas de información</b></p> <p><i>El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los controles pertinentes para que los sistemas de información garanticen razonablemente la calidad de la información y de la comunicación, la seguridad y una clara asignación de responsabilidades y administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles, así como la garantía de confidencialidad de la información que ostente ese carácter.</i></p>
<p><b>Circular No. 28-2016</b></p>	<p><i>Reiteración de la circular N° 134-2015 sobre la “Obligación de las Jefaturas de supervisar la actualización y respaldo de los sistemas informáticos que apoyan la gestión de las oficinas y los despachos judiciales”.-</i></p>



Criterio	Detalle
	<p><i>A los titulares subordinados (jefaturas) de las oficinas y despachos judiciales del país se les hace saber que:</i></p> <p><i>El Consejo Superior del Poder Judicial en sesión No. 6-16, celebrada el 21 de enero de 2016, artículo LXXXIII, acordó reiterar la circular No. 134-15, referente a la “Obligación de las Jefaturas de supervisar la actualización y respaldo de los sistemas informáticos que apoyan la gestión de las oficinas y los despachos judiciales” de 6 de agosto de 2015, que literalmente señala:</i></p> <p><i>“El Consejo Superior del Poder Judicial en sesión No. 63-15 celebrada el 9 de julio de 2015, artículo LXXXIX, con el propósito de fortalecer el sistema de control interno en el Poder Judicial, dispuso comunicar a los Titulares Subordinados (Jefaturas), sobre su obligación de revisar e implementar los controles necesarios para que la información sensible y los sistemas de información en general que apoyan la gestión de las oficinas y los despachos judiciales, se mantengan debidamente respaldadas y actualizados, en cumplimiento de lo que establece la Ley y las Normas de Control Interno, artículo 16 y norma 5.6 Calidad de la Información, de forma tal que la información esté disponible, sea confiable, oportuna, de utilidad, libres de errores, defectos u omisiones”.</i></p> <p><i>San José, 2 de marzo de 2016.</i></p>